



Bem-estar espiritual, sintomas depressivos e ansiosos nos idosos institucionalizados

Mariana Gomes das Neves

Dissertação Apresentada ao ISMT para Obtenção do Grau de Mestre em Psicologia Clínica

Ramo de Especialização em Terapias Cognitivo-Comportamentais

Orientadora: Professora Doutora Helena Espírito Santo, Professora Auxiliar, ISMT

Coorientadora: Mestre Inês Queiroz Garcia, ISMT

Coimbra, janeiro de 2017

Agradecimentos

Chegada ao fim mais uma etapa tão importante, quero agradecer a todas as pessoas que me ajudaram a concluir este trabalho e esta etapa, já que sozinha não teria conseguido chegar até aqui.

Gostaria de agradecer em primeiro lugar, ao Instituto Superior Miguel Torga e à Escola Superior de Altos Estudos por ter tornado este estudo possível e por tanto ter contribuído para o meu crescimento.

Gostaria de agradecer também a todas as instituições e todos os idosos que ajudaram a que esta dissertação fosse possível.

À minha orientadora, a Professora Doutora Helena Espírito Santo, gostaria de agradecer toda a partilha e ensinamentos que prestou durante a realização deste trabalho. Obrigada pela paciência, persistência e por ter acreditado em mim. Obrigada por me ter ajudado a crescer.

À Mestre Inês Queiroz Garcia, a minha coorientadora, agradeço todo o apoio, partilha e paciência. Obrigada pela disponibilidade em todas as horas.

Por último gostaria de agradecer ao meu pai, irmão e namorado pelo apoio incondicional e por terem acreditado em mim.

A todos vocês um muito obrigado!

Resumo

Enquadramento: O bem-estar espiritual parece estar relacionado com a saúde mental, apesar dos estudos sobre esta temática serem reduzidos. Alguns estudos mostraram que o bem-estar espiritual pode ajudar a reforçar o funcionamento psicológico do indivíduo, ainda que não seja clara a sua relação com a sintomatologia depressiva e ansiosa.

Objetivos: Estudar as propriedades psicométricas do *Spiritual Well-Being Questionnaire*, estudar o nível de bem-estar espiritual nos idosos institucionalizados, analisar a intensidade dos sintomas depressivos e ansiosos nos idosos institucionalizados, estudar se existe algum efeito das variáveis sociodemográficas sobre o bem-estar espiritual e verificar se o bem-estar espiritual se correlaciona com os sintomas depressivos e ansiosos nos idosos institucionalizados.

Método: A amostra é constituída por 101 idosos institucionalizados (33 homens e 68 mulheres), com idades compreendidas entre os 65 e os 96 anos. Todos os participantes foram avaliados através do *Spiritual Well-Being Questionnaire*, da *Geriatric Depression Scale* e do *Geriatric Anxiety Inventory*.

Resultados: A análise fatorial evidenciou um modelo a três fatores (ambiental, transcendental e comunitário-pessoal). O *Spiritual Well-Being Questionnaire* obteve um alfa de Cronbach de 0,81. No total do *Spiritual Well-Being Questionnaire*, a média foi de 58,78 ($DP = 5,98$). Na subescala comunitário-pessoal, a média foi de 20,86 ($DP = 2,44$). Na subescala ambiental, a média foi de 21,36 ($DP = 4,59$). Por último, na subescala transcendental, a média foi de 22,04 ($DP = 3,93$). O sexo, o estado civil e a profissão tiveram uma influência estatisticamente significativa nas pontuações do *Spiritual Well-Being Questionnaire*. Não houve correlação entre as pontuações no *Spiritual Well-Being Questionnaire* ou suas subescalas com os sintomas depressivos e ansiosos. Observou-se ainda uma relação entre a subescala comunitário-pessoal e os anos de estudo e a existência de uma relação entre a subescala transcendental, o sexo e os anos de estudo.

Conclusão: As pontuações no *Spiritual Well-Being Questionnaire* são indicativas de valores baixos. A institucionalização e a cultura terão um papel importante neste valor. O bem-estar espiritual não se correlaciona com os sintomas depressivos e ansiosos nos idosos institucionalizados, pelo que não parece fazer sentido a intervenção terapêutica nos sintomas depressivos e ansiosos com o objetivo de melhorar o bem-estar espiritual nos idosos institucionalizados ou vice-versa.

Palavras-chave: Bem-estar espiritual, Depressão, Ansiedade, Idosos, Institucionalização, Regulação emocional.

Abstract

Background: Spiritual well-being seems to be related to mental health, although studies on this subject are scarce. Some studies have shown that spiritual well-being can help to reinforce the individual's psychological functioning, although the relationship with depressive and anxious symptoms is unclear.

Objectives: Spiritual well-being seems to be related to mental health, although studies on this subject are reduced. Some studies have shown that spiritual well-being can help reinforce the individual's psychological functioning, as well as appear to play a major role in relieving depressive symptoms. However, according to some studies, the connection between spiritual well-being and depression is unclear. Spiritual well-being does not seem to relate to anxious symptoms.

Method: The sample consists of 101 institutionalized elderlies (33 men and 68 women), aged between 65 and 96 years. All participants were assessed using the Spiritual Well-Being Questionnaire, the Geriatric Depression Scale, and the Geriatric Anxiety Inventory.

Results: The factorial analysis showed a three-factor model (environmental, transcendental and community-personal). The Spiritual Well-Being Questionnaire obtained a Cronbach alpha of 0.81. In the Spiritual Well-Being Questionnaire total, the mean was 58.78 ($SD = 5.98$). In the community-personal subscale, the mean was 20.86 ($SD = 2.44$). In the environmental subscale, the mean was 21.36 ($SD = 4.59$). Finally, in the transcendental subscale, the mean was 22.04 ($SD = 3.93$). Sex, marital status, and profession had a statistically significant influence on the scores of the Spiritual Well-Being Questionnaire. There was no correlation between scores on the Spiritual Well-Being Questionnaire or its subscales with depressive and anxious symptoms. It was also observed a relation between the community-personal subscale and years of study and the existence of a relation between the transcendental subscale, sex and years of study.

Conclusion: Scores in the Spiritual Well-Being Questionnaire are indicative of low levels of spiritual well-being. Institutionalization and culture will play an important role in this value. Spiritual well-being does not correlate with depressive and anxious symptoms in the institutionalized elderly, so therapeutic intervention does not seem to make sense in depressive and anxious symptoms with the aim of improving the spiritual well-being in the institutionalized elderly or vice versa.

Keywords: Spiritual well-being, Depression, Anxiety, Elderly, Institutionalization, Emotional regulation

Introdução

De acordo com Schneider e Irigaray (2008), é considerado idoso todo e qualquer indivíduo que atinja os 60 anos de idade independentemente do seu estado psicológico, biológico e social. O atingimento de idades superiores aos 60 anos tem sofrido um crescimento acentuado e é um fenómeno mundial (Vitorino e Vianna, 2010). O envelhecimento é inevitável e leva a um conjunto de mudanças a nível físico, psicológico, hormonal e até nas condições sociais do indivíduo (Dhara e Jogsan, 2013). Entre essas mudanças nesta população registam-se altas prevalências de perturbações médicas (Singh e Kedare, 2014). No que concerne à saúde mental, os estudos epidemiológicos registam elevadas prevalências de depressão e de perturbações ansiosas (Espírito-Santo e Daniel, 2016).

Outro aspeto a registar, são os números crescentes de idosos a viver em instituições (Chao et al., 2008). De acordo com Cardão (2009, p. 4), a institucionalização é um processo duplo: por um lado, “como recurso a serviços sociais de internamento do idoso em lares, casas de repouso e afins, onde recebe assistência” e por outro, “como vivência de perda, simbolizada pela presença de estados depressivos, significando uma das formas como o idoso sente e vive o ambiente institucional”. Assim, o processo de institucionalização é uma grande mudança na vida do idoso com inúmeras perdas associadas, tais como, a ausência ou distanciamento dos familiares e a perda da independência e da autonomia (Cardão, 2009).

Finalmente, outro aspeto a destacar decorre da teoria psicossocial de Erikson. De acordo com esta teoria, esta fase do desenvolvimento caracteriza-se pela reflexão sobre a vida com o objetivo de perceber se ela foi vivida de uma forma significativa (Bester, Naidoo e Botha, 2016). Esta procura por significado leva inevitavelmente a um maior desenvolvimento espiritual (Nelson, 2009).

Bem-estar espiritual

Nos últimos anos, as sociedades ocidentais têm dado uma importância cada vez maior à espiritualidade (Velasco-Gonzalez e Rioux, 2014). Existem inúmeras definições deste conceito, no entanto, os autores não reúnem consenso (Clarke, Giordano, Cashwell e Lewis, 2013; Pereira, 2013; Piderman et al., 2011; Velasco-Gonzalez e Rioux, 2014).

A espiritualidade é um conceito multidimensional inerente ao indivíduo, ou seja, a espiritualidade faz parte de todos os seres humanos. A espiritualidade é um processo individual na medida em que esta é influenciada pelas vivências de cada um, pela cultura e pela relação com os outros (Pereira, 2013).

A espiritualidade é um processo dinâmico e contínuo (Meraviglia, 1999) que tem diversas características: *significado* e *propósito* incluindo sentimentos como a paz e a esperança; a *transcendência* que se refere a uma sensação de estar que vai além do tempo e do espaço; a *ligação* com o eu, os outros, o mundo, e um poder maior, fazendo com que o ser humano seja um ser integrado com significado, propósito e esperança; e as *buscas espirituais* que se constituem como um processo de crescimento dinâmico que conduzem a uma sensação ótima de ser e significado (Lou, 2015).

A espiritualidade tornou-se um indicador objetivo de qualidade de vida (Ando et al., 2010) e de saúde física e mental (Velasco-Gonzalez e Rioux, 2014). Muitos estudos têm demonstrado que a espiritualidade afeta o bem-estar do indivíduo, já que desempenha um papel significativo na vida das pessoas, nos seus comportamentos e pensamentos (Hadzic, 2011). A espiritualidade ajuda a induzir uma sensação de bem-estar, um propósito e um significado para a vida, ajudando a controlar as perturbações emocionais (Singh e Kedare, 2014). Esta pode ajudar o indivíduo a lidar com as emoções negativas, tais como a ansiedade e *stress* (Hadzic, 2011), a lidar com os pensamentos depressivos (Singh e Kedare, 2014) e a proteger o indivíduo de desenvolver uma depressão (Singh e Kedare, 2014). Em particular, nos idosos, alguns parecem estar num estado de felicidade ou paz de espírito permanente, o que os ajuda a lidar de forma construtiva com as vicissitudes da vida (Marcoen, 1994). Estes idosos têm uma visão espiritual das suas vidas, o que leva a que tenham emoções mais positivas mesmo quando enfrentam situações mais stressantes (Marcoen, 1994), incluindo a institucionalização (Vitorino e Vianna, 2010).

O estudo do contributo da espiritualidade para a saúde deu origem ao conceito de bem-estar espiritual (BEE) (Gouveia, Marques e Pais-Ribeiro 2009), no entanto, tal como para a espiritualidade, existem múltiplas definições de BEE, não existindo consenso entre os autores (Mangia, 2015), embora todos defendam a multidimensionalidade do conceito (Gouveia et al., 2009). O surgimento deste conceito mostra a importância dada à dimensão espiritual para o bem-estar do indivíduo (Gouveia et al., 2009).

Assim sendo, o BEE refere-se a um estado de sentimentos, comportamentos e cognições positivos, às relações com o próprio e com os outros e a uma dimensão transcendente, dando ao indivíduo uma sensação de identidade, integridade, satisfação, felicidade eterna, amor, respeito, atitudes positivas, paz interior e harmonia, um objetivo e uma orientação para a vida (Velasco-Gonzalez e Rioux, 2014). O BEE diz respeito à abertura para a dimensão espiritual que permite a integração da espiritualidade com as outras dimensões da vida, o que leva o indivíduo ao crescimento e à autorrealização (Westgate, 1996).

O BEE não significa crença ou prática numa determinada religião, mas é a afirmação da relação com Deus, com o próprio, com o ambiente e com a comunidade (Bashir, Shafi, Yousuf, Parveen e Akhter, 2016), embora para as pessoas com fé religiosa esta seja uma característica fundamental (Saleem e Khan, 2015). O bem-estar espiritual pode ser praticado de inúmeras formas tendo como principal objetivo o propósito e o sentido para a vida (Bashir et al., 2016). Muitas pesquisas realizadas exploraram a ligação entre o BEE e outras variáveis sendo elas a saúde, o envelhecimento e o bem-estar subjetivo (Velasco-Gonzalez e Rioux, 2014). No entanto, existem poucos estudos sobre a relação do BEE com a saúde mental (Volcan, Sousa, Mari e Horta, 2003). Ainda que alguns estudos tenham demonstrado que o BEE pode ajudar a reforçar o funcionamento psicológico do indivíduo (McClain, Rosenfeld e Breitbart, 2003). Westgate (1996) defende que as dimensões do BEE são um tema recorrente na literatura juntamente com a depressão, apoiando a ligação entre o bem-estar espiritual e a depressão.

Depressão

As perturbações de humor são as perturbações psiquiátricas mais comuns nos idosos sendo a depressão a mais frequente. No entanto, devido à presença de comorbilidades e à toma de medicamentos, como é habitual nesta população, o diagnóstico e o tratamento destas perturbações torna-se difícil (Paradela, Lourenço e Veras, 2005). A depressão geriátrica provoca muitos problemas na realização das atividades diárias (Dhara e Jogsan, 2013), e inclui sintomas de tristeza, ansiedade, vazio, perda de esperança, preocupação, impotência, inutilidade, culpa, irritação, mágoa ou agitação (Bashir et al., 2016). Embora os fatores de risco da depressão sejam semelhantes em todas as idades, muitos tornam-se mais comuns nas pessoas mais velhas, tais como o falecimento, institucionalização (Baldacchino e Bonello, 2013; Venkatesan e Ravindranath, 2011), isolamento social, perda de papéis, doença e incapacidade crónica (Kimura, Sakuma, Isaka, Uchida e Yamaoka, 2016). Muitos fatores podem contribuir para uma maior depressão nos idosos institucionalizados, tais como o ambiente, o comportamento e as rotinas dos assistentes operacionais, o abuso ou a negligência, a restrição à mobilidade, a falta de privacidade ou a falta de bens pessoais (Venkatesan e Ravindranath, 2011).

A maioria dos estudos existentes acerca da depressão evidenciam os aspetos somáticos, afetivos e cognitivos da mesma. Mais recentemente, a comunidade científica começou a interessar-se pelos aspetos espirituais da depressão (Westgate, 1996). De acordo com algumas pesquisas, a relação entre a espiritualidade e a depressão não é clara (Piderman et al., 2011). Apesar disso, Westgate (1996) defende que existe uma relação entre os níveis mais baixos de

espiritualidade e a saúde mental, incluindo aumento de desespero, falta de sentido e depressão (Westgate, 1996). Yonker, Schnabelrauch e DeHaan (2012) corroboram a ideia anterior, demonstrando que os autores de 24 estudos chegaram à mesma conclusão: quanto maiores os níveis de espiritualidade, menores são os níveis de sintomatologia depressiva.

Ansiedade

As investigações mostram que a presença de perturbações ansiosas são um problema na velhice (Therrien e Hunsley, 2012). Em pessoas idosas e não-idosas com ansiedade são frequentes e comuns sintomas como a insónia, tensão, angústia, irritabilidade, dificuldade de concentração, taquicardia, tontura, cefaleia, dores musculares e suor (Oliveira, Santos, Cruvinel e Néri, 2006). De acordo com um estudo realizado em idosos institucionalizados em Malta e na Austrália, alguns dos fatores que podem contribuir para a ansiedade são o medo da mobilidade condicionada, o medo da perda da independência e o medo de cair (Baldacchino e Bonello, 2013). O mesmo estudo demonstrou que os principais fatores que contribuem para a ansiedade são as habilidades físicas, a adaptação à institucionalização e as perspetivas pessoais de futuro (Baldacchino e Bonello, 2013).

Yonker et al. (2012) encontraram 16 estudos com jovens e adultos interligando a espiritualidade e a ansiedade, no entanto, todos chegaram aos mesmos resultados, tendo verificado que não havia associações significativas entre os conceitos.

Síntese e objetivos

Em resumo, constatou-se que embora os estudos não tenham reunido um consenso quanto à relação entre o bem-estar espiritual e a depressão, muitos estudos demonstram que existe uma relação entre os níveis mais baixos de espiritualidade e a saúde mental. Logo, parece que níveis elevados de bem-estar espiritual se relacionam com menores níveis de sintomatologia depressiva, mas não com a sintomatologia ansiosa. Constatou-se ainda que não existem estudos sobre o bem-estar espiritual, a ansiedade e a depressão em idosos institucionalizados. Por último, o questionário utilizado para o BEE não está validado para a população portuguesa idosa institucionalizada. Assim, são objetivos deste estudo:

1. Estudar as propriedades psicométricas do Questionário de Bem-estar Espiritual (QBEE);
2. Estudar o nível de bem-estar espiritual nos idosos institucionalizados;
3. Analisar a intensidade dos sintomas depressivos e ansiosos nos idosos institucionalizados;
4. Estudar se existe algum efeito das variáveis sociodemográficas sobre o bem-estar espiritual, os sintomas depressivos e ansiosos;

5. Verificar se o bem-estar espiritual se correlaciona com os sintomas depressivos e ansiosos nos idosos institucionalizados.

Metodologia

Participantes

A amostra do nosso estudo (Tabela 1) foi constituída por idosos institucionalizados da zona de Coimbra ($n = 51$; 50,5%) e Aveiro ($n = 50$; 49,5%). Os critérios de inclusão para a amostra do presente estudo foram: ter idade igual ou superior a 65 anos, ter capacidade de entender a linguagem falada (sem afasia sensorial), ter capacidade de falar (sem afasia anterior) e sem demência diagnosticada. Do presente estudo foram excluídos 202 idosos (84 de uma instituição de Oliveira do Bairro, 4 de uma instituição de Recardães, 103 de uma instituição em Águeda e 11 de uma instituição em Ílhavo) por não cumprirem os critérios de inclusão.

Tabela 1

Caracterização Sociodemográfica de Idosos Institucionalizados de Cinco Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI) dos Distritos de Aveiro e Coimbra (N = 101)

		n	%
Região do País	Coimbra	51	50,5
	Aveiro	50	49,5
Idade ($M = 81,88$; $DP = 7,86$)	Novos velhos	32	32,0
	Velhos velhos ^a	68	68,0
Sexo	Masculino	33	32,7
	Feminino	68	67,3
Estado Civil	Sem companheiro	80	79,2
	Com companheiro	21	20,8
Escolaridade ($M = 12,77$; $DP = 5,05$)	Sem escolaridade	35	34,7
	Lê e escreve ^b	11	10,9
	Ensino básico	48	47,5
	Ensino secundário	1	1,0
	Curso superior	6	5,9
Profissão	Manual	88	88,0
	Intelectual	12	12,0

Notas: M = Média; DP = Desvio-padrão; ^a Mais de 80 anos; ^b Sabe ler e escrever, mas sem escolaridade; n = número de sujeitos.

Conforme se pode ver na Tabela 1, a amostra foi constituída por 101 participantes com idades compreendidas entre os 65 e os 96 anos, sendo que 33 (32,7%) eram do sexo masculino e 68 (67,3%) eram do sexo feminino. A idade média dos idosos institucionalizados foi de 81,88

anos ($DP = 7,86$). Sessenta e oito idosos tinham mais de 80 anos (68%), sendo considerados *velhos-velhos*. Relativamente ao estado civil, verificámos que a maior parte da amostra não tinha companheiro ($n = 80$; 79,2%). Quanto ao nível de escolaridade, verificámos que a maior parte dos idosos tinha o ensino básico ($n = 48$; 47,5%), seguido dos idosos que não tinham escolaridade ($n = 35$; 34,7%). Quanto à profissão, a maioria dos idosos da nossa amostra tinha uma profissão manual ($n = 88$; 88%) e 12 idosos tinham uma profissão intelectual (12%).

Procedimentos

O presente estudo sobre a *Regulação Emocional nos Idosos Institucionalizados* insere-se no Projeto “Trajetórias do Envelhecimento” do Instituto Superior Miguel Torga. Para a recolha da amostra da presente investigação foram contactadas cinco ERPI’s de idosos de Oliveira do Bairro, Recardães, Águeda, Ílhavo e Barrô do distrito de Aveiro e duas do distrito de Coimbra (Soure e Coimbra cidade). No entanto, uma das instituições contactadas recusou participar no presente estudo. A gestão do tempo foi dificultada face às diversas atividades dos idosos nas instituições. Todas as instituições foram contactadas numa primeira fase via e-mail com o objetivo de apresentar o presente estudo. Numa segunda fase foram marcadas reuniões com cada uma das instituições a fim de apresentar o protocolo que posteriormente seria aplicado. Este protocolo foi constituído por 15 instrumentos e um questionário sociodemográfico. Os instrumentos utilizados foram o Questionário de Bem-estar Espiritual (QBEE), a Escala do Arrependimento, a Escala sobre a Esperança, a Escala sobre o Otimismo, a Bateria de Avaliação Frontal, o Inventário de *Mindfulness* de Freiburg, o Inventário de Ansiedade Geriátrica (GAI), a Escala Geriátrica da Depressão (GDS), a Avaliação Cognitiva Montreal, o Questionário da Saúde Física do Idoso, a Escala de Satisfação com a Vida, a Lista de Afetos Positivos e Negativos, o Questionário sobre o Sono da Terceira Idade, a Escala de Auto Compaixão e a Escala de Solidão da Universidade da Califórnia sendo que todos os instrumentos foram heteroadministrados.

Após as autorizações por parte das instituições contactadas e devidos esclarecimentos, procedeu-se à administração do protocolo anteriormente mencionado. O protocolo foi aplicado por uma equipa de três mestrandas de psicologia com treino e prática na aplicação destes instrumentos. Este protocolo continha um consentimento informado (Apêndice A), de acordo com a Declaração de Helsínquia, que foi preenchido por todos os idosos antes da administração da bateria de testes e que garantia a confidencialidade e anonimato dos dados. A recolha de dados ocorreu entre dezembro de 2015 e setembro de 2016 (aproximadamente 9 meses). A

administração do protocolo utilizado no presente estudo demorou aproximadamente de 1 a 2 horas.

Instrumentos

Questionário Sociodemográfico. Com o objetivo de caracterizar a amostra do presente estudo foi elaborado um questionário sociodemográfico com algumas questões: qual a instituição que os indivíduos frequentam; qual a região da instituição; qual a fonte de recrutamento da instituição (dia/convívio, noite/lar, não institucionalizado, apoio domiciliário, centro de saúde); a data de nascimento e idade (novos-velhos/velhos-velhos: a partir dos 80 anos); sexo e residência; estado civil [solteiro(a), separado(a)/divorciado(a), viúvo(a), namorado(a), casado(a)/união de facto] e nível de escolaridade e profissão (manual/intelectual); presença de alguma doença diagnosticada e qual a medicação do indivíduo.

Questionário de Bem-estar Espiritual (QBEE) O *Spiritual Well-Being Questionnaire* (SWBQ: Gomez e Fisher, 2003; adaptação portuguesa de Gouveia et al., 2009) é um questionário de autopreenchimento constituído por 20 itens distribuídos por quatro subescalas: *peçoal*, *comunitária*, *ambiental* e *transcendental*. A subescala *peçoal* diz respeito aos Itens 5 (identidade pessoal), 9 (autoconsciência), 14 (alegria na vida), 16 (paz interior) e 18 (sentido para a vida). A subescala *comunitária* diz respeito aos Itens 1 (amor pelos outros), 3 (bondade para com os outros), 8 (confiança nos outros), 17 (respeito pelos outros) e 19 (generosidade com os outros). Já a subescala *ambiental* diz respeito aos Itens 4 (ligação com a natureza), 7 (admiração da paisagem), 10 (união com a natureza), 12 (harmonia com o ambiente) e 20 (magia na natureza). Por último, a subescala *transcendental* diz respeito aos Itens 2 (relação com Deus), 6 (admiração pela criação), 11 (união com Deus), 13 (paz com Deus) e 15 (vida de meditação ou oração). Neste questionário é pedido ao indivíduo que indique em que medida sente que cada afirmação reflete a sua experiência pessoal atual. Os itens são pontuados numa escala que varia entre “1” (muito pouco), “2” (pouco), “3” (moderadamente), “4” (muito) e “5” (muitíssimo). Todas as frases estão formuladas de forma positiva e o resultado é obtido através da média das respostas obtidas aos itens de cada subescala, no entanto, também é possível obter-se a pontuação global do Questionário de Bem-estar Espiritual que resulta da adição das subescalas. As pontuações mais elevadas correspondem a maior BEE. Os resultados da versão portuguesa apresentam boa consistência interna (α de Cronbach = 0,89) sendo que varia nas dimensões (entre α = 0,72 na subescala pessoal e α = 0,88 na subescala transcendental) (Gouveia et al., 2009). Foi solicitado à autora da versão portuguesa a autorização para o uso do instrumento no presente estudo (Apêndice B).

Escala Geriátrica da Depressão. A *Geriatric Depression Scale* (GDS; Yesavage et al., 1983) é uma escala direcionada para os idosos. A versão portuguesa desta escala utilizada no presente estudo foi traduzida por Barreto, Leuschner, Santos e Sobral (2003). Esta é uma escala de heteroavaliação referente à última semana sendo composta por 30 itens que medem a presença de sintomas depressivos tendo apenas duas opções de resposta: Sim/Não. Quanto à cotação, a cada resposta positiva nos itens 2, 3, 4, 6, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 20, 22, 23, 24, 25, 26 e 28 atribui-se um ponto, e a cada resposta negativa nos itens 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29 e 30 atribui-se também um ponto. Assim, a pontuação pode variar entre 0 e 30. Uma pontuação de 0 a 10 é considerada *ausência de depressão*; uma pontuação de 11 a 20 pontos é considerada *depressão ligeira* e uma pontuação de 21 a 30 é considerada *depressão grave*. O estudo da validação da escala original obteve boas propriedades psicométricas tendo o alfa de Cronbach sido de 0,94 (Yesavage et al., 1983). O presente estudo obteve um alfa de Cronbach de 0,79, valor considerado baixo, mas adequado para fins de investigação (Murphy e Davidshofer, 2004).

Inventário de Ansiedade Geriátrica. O *Geriatric Anxiety Inventory* (GAI; Pachana et al., 2007; versão portuguesa: Espírito Santo e Daniel, 2010) é um instrumento de resposta rápida constituído por 20 itens com apenas duas opções: concordo/discordo sobre a sintomatologia ansiógena experienciada na última semana. Este instrumento foi criado para avaliar a presença de sintomas de ansiedade nas pessoas idosas. Os autores da versão original encontraram boas propriedades psicométricas, com um alfa de Cronbach de 0,91 (Pachana et al., 2007). Existem duas validações portuguesas deste instrumento, de Ribeiro, Paúl, Simões e Firmino (2011) e de Espírito Santo e Daniel (2010). No entanto será utilizada no presente estudo a validação de Espírito Santo e Daniel (2010), onde foi encontrada uma consistência interna muito boa ($\alpha = 0,93$). As autoras apresentaram um ponto de corte de 13 para detetar sintomatologia ansiosa (Espírito Santo e Daniel, 2010). O presente estudo obteve um alfa de Cronbach de 0,95, valor considerado bom (Murphy e Davidshofer, 2004).

Análise estatística

Para a análise dos resultados do presente estudo foi utilizado o programa *Statistical Package for the Science* (SPSS), versão 23 para Windows.

Para caracterizar a amostra deste estudo, foi realizada a estatística descritiva através do cálculo das médias, desvios-padrão, percentagens e frequências.

Para analisar as propriedades psicométricas dos instrumentos, determinámos a consistência interna através do alfa de Cronbach. Adicionalmente e para a validade do constructo, foi feita

uma análise fatorial do QBEE. Para a análise fatorial exploratória (AFE) recorreu-se ao método da análise dos componentes principais (ACP) para a extração dos fatores, seguindo-se uma rotação Varimax com normalização de Kaiser. Os fatores retidos foram os que apresentavam um valor próprio (*eigenvalue*) superior a 1 estando em consonância com a representação gráfica dos valores próprios e com a análise paralela, já que de acordo com Marôco (2014), se pretende que “a componente principal selecionada explique mais variância do que uma das variáveis originais (que no caso de variáveis estandardizadas é 1)”. Foi utilizado o critério de Kaiser-Meyer-Oblin (*KMO*) e o teste de esfericidade de Bartlett para avaliar a adequação do modelo AFE. A análise paralela foi feita através do PCA Monte Carlo (Watkins, 2000).

O teste *t*/ANOVA e a correlação de Pearson (*r*) foram utilizados para perceber se existe relação entre as variáveis do estudo (bem-estar espiritual, ansiedade e depressão) e para explorar qual o efeito das características sociodemográficas nestas variáveis.

Resultados

Propriedades psicométricas

Análise fatorial. Recorreu-se ao método dos componentes principais (ACP) já que no presente estudo o valor do *KMO* foi de 0,80, que de acordo com Marôco (2014), revela uma boa indicação para a análise fatorial. O teste de esfericidade de Bartlett apresentou um valor de $\chi^2 = 918,202$ ($p < 0,001$), mostrando que as variáveis se correlacionaram significativamente. Na AFE, de acordo com a regra do valor próprio (*eigenvalue*) superior a 1, a análise paralela de Monte Carlo e com o gráfico de sedimentação (Figura 1), a estrutura do QBEE foi explicada somente por três fatores. A AFE sugeriu que os três fatores explicam 67% da variância dos resultados, sendo que cada um dos fatores é composto por 5 itens. Como mostra a Tabela 2, o Fator 1 (ambiental) é constituído pelos itens 4, 7, 10, 12 e 20, explicando 28% da variância; o Fator 2 (transcendental) pelos itens 2, 6, 11, 13 e 15, explicando 22% da variância e, por fim, o Fator 3 (comunitário-pessoal) pelos itens 1, 3, 17 e 19 da subescala comunitário e pelo item 18 da subescala pessoal de acordo com o estudo de validação para a população portuguesa (Gouveia et al., 2009), explicando assim 17% da variância.

Tabela 2*Análise de Componentes Principais do Questionário de Bem-estar Espiritual (N = 101)*

Item	Componentes			h^2
	1	2	3	
1			0,602	0,407
2		0,882		0,793
3			0,738	0,577
4	0,893			0,811
6		0,759		0,587
7	0,873			0,764
10	0,937			0,883
11		0,865		0,781
12	0,903			0,835
13		0,775		0,603
15		0,759		0,635
17			0,698	0,497
18			0,613	0,438
19			0,804	0,655
20	0,913			0,841
% de variância	28	22	17	67
<i>Eigenvalues</i>	4,19	3,35	2,57	

Notas: h^2 = comunalidades. Na tabela são apresentados somente os valores de correlação acima de 0,45 (Pearson e Hall, 1993).

Confiabilidade. No presente estudo obtivemos um alfa de Cronbach de 0,81, valor considerado moderado, no QBEE (Murphy e Davidshofer, 2004). Na subescala *ambiental* obtivemos um alfa de Cronbach de 0,95, valor considerado bom (Murphy e Davidshofer, 2004). Na subescala *transcendental* obtivemos um alfa de Cronbach de 0,87, valor considerado moderado e na subescala *comunitário-pessoal* obtivemos um alfa de Cronbach de 0,72, valor considerado baixo (Murphy e Davidshofer, 2004).

Nível de Bem-estar Espiritual e Intensidade dos sintomas depressivos e ansiosos

No total do QBEE, a média foi de 58,78 ($DP = 5,98$); $IC = 95\%$; $Md = 59$. Na subescala comunitário-pessoal, a média foi de 20,86 ($DP = 2,44$); $IC = 95\%$; $Md = 21$. Na subescala ambiental, a média foi de 21,36 ($DP = 4,59$; $IC = 95\%$; $Md = 22,50$). Por último, na subescala transcendental, a média foi de 22,04 ($DP = 3,93$; $IC = 95\%$; $Md = 25$).

No GDS, a média foi de 14,34 ($DP = 5,48$; $IC = 95\%$; $Md = 15$).

No GAI, a média foi de 10,12 ($DP = 7,07$; $IC = 95\%$; $Md = 10$).

Influência das variáveis sociodemográficas

Na Tabela 3 podemos apurar as diferenças nas pontuações do QBEE, do GAI e da GDS entre os grupos definidos pelas variáveis sociodemográficas através do teste t de Student para amostras independentes ou análises de variância através da ANOVA.

Os homens idosos, com companheiro, com curso superior e profissão intelectual tiveram pontuações inferiores de forma estatisticamente significativa ($p < 0,05$). Note-se que comparámos através do teste t de Student, os idosos com ensino superior com os restantes níveis de escolaridade e foram sempre inferiores a 0,05, ainda que não inferior a 0,01 (valor resultante da correção de Bonferroni).

Tabela 3

Comparação do Bem-estar Espiritual (SWBQ), Sintomas Depressivos (GDS) e os Sintomas Ansiosos (GAI) entre os Grupos Definidos pelas Variáveis Sociodemográficas (N = 101)

		SWBQ		GDS		GAI	
		M	DP	M	DP	M	DP
Idade	Novos-velhos	58,16	7,01	15,69	5,13	12,28	6,59
	Velhos-velhos ^a	59,18	5,43	13,72	5,61	9,03	7,12
Teste t ; p		$t = 0,73$; $p > 0,05$		$t = 1,68$; $p > 0,05$		$t = 2,18$; $p < 0,05$	
Sexo	Masculino	55,82	6,14	13,39	5,58	7,24	6,64
	Feminino	60,22	5,37	14,81	5,41	11,51	6,89
Teste t ; p		$t = 3,69$; $p < 0,001$		$t = 1,22$; $p > 0,05$		$t = 2,96$; $p < 0,01$	
Estado civil	Sem companheiro	59,44	5,93	13,85	5,33	9,74	7,05
	Com companheiro	56,29	5,60	16,24	5,78	11,57	7,14
Teste t ; p		$t = 2,19$; $p < 0,05$		$t = 1,80$; $p > 0,05$		$t = 1,06$; $p > 0,05$	
Escolaridade	Sem escolaridade	58,86	5,98	14,17	6,60	10,29	7,33
	Lê e escreve ^b	60,45	3,93	13,45	5,45	6,64	6,64
	Ensino básico	58,98	6,49	14,35	4,94	10,71	7,26
	Ensino secundário	56,00	(—)	16,00	(—)	10,00	(—)
	Curso superior	54,17	3,19	16,67	2,73	10,83	4,54
ANOVA (F); p		$F = 1,19$; $p > 0,05$		$F = 0,36$; $p > 0,05$		$F = 0,76$; $p > 0,05$	
Profissão	Manual	59,35	5,93	13,89	5,58	10,07	7,34
	Intelectual	55,58	4,42	18,03	2,84	10,17	5,22
Teste t ; p		$t = 2,12$; $p < 0,05$		$t = 4,14$; $p < 0,001$		$t = 0,06$; $p > 0,05$	

Notas: M = Média; DP = Desvio-padrão; F = ANOVA; t = teste t de Student; p = nível de significância estatística; ^a Mais de 80 anos; ^b Sabe ler e escrever, mas não tem escolaridade; SWBQ = *Spiritual Well-being Questionnaire*; GDS = *Geriatric Depression Scale*; GAI = *Geriatric Anxiety Inventory*.

Correlações

Correlações entre o Questionário de Bem-estar Espiritual, o Inventário Geriátrico da Depressão e o Inventário de Ansiedade Geriátrica. De acordo com os critérios de (Cohen, 1988), e como mostra a Tabela 4, verificou-se uma correlação alta e positiva entre o total do SWBQ e a subescala comunitário-pessoal ($r = 0,65$) assim como entre o total do SWBQ ($r =$

0,64) e a subescala ambiental e a subescala transcendental ($r = 0,68$). No entanto, não se verificaram correlações entre o total do SWBQ, nem as suas subescalas, com os sintomas depressivos e ansiosos. Por fim, os sintomas depressivos (GDS) e os sintomas ansiosos (GAI) correlacionaram-se de forma alta e positiva entre si ($r = 0,61$).

Tabela 4

Correlações de Pearson entre o Questionário de Bem-estar Espiritual, o Inventário Geriátrico da Depressão e o Inventário de Ansiedade Geriátrica (N = 101)

Instrumentos	Correlações					
	1	2	3	4	5	6
1. SWBQ_Total	—	0,65**	0,64**	0,68**	-0,16	0,10
2. SWBQ_Comunitário-pessoal		—	0,20	0,10	-0,11	0,06
3. SWBQ_Ambiental			—	-0,07	0,14	0,15
4. SWBQ_Transcendental				—	-0,15	0,11
5. GDS_Total					—	0,61**
6. GAI_Total						—

Notas: SWBQ = *Spiritual Well-being Questionnaire*; GDS = *Geriatric Depression Scale*; GAI = *Geriatric Anxiety Inventory*.

** correlação significativa $p < 0,01$.

Correlações entre as variáveis sociodemográficas e o bem-estar espiritual. Este estudo mostra que houve relação estatisticamente significativa entre o total do SWBQ e o sexo ($r = 0,35$; $p < 0,001$), o estado civil ($r = -0,22$; $p < 0,05$) e a profissão ($r = -0,21$; $p < 0,05$). Observa-se também que existe relação entre a subescala comunitário-pessoal e os anos de estudo ($r = 0,41$; $p < 0,001$).

O mesmo estudo mostrou a existência de uma relação entre a subescala transcendental e o sexo ($r = 0,61$; $p < 0,001$), os anos de estudo ($r = -0,29$; $p < 0,05$) e a profissão ($r = -0,35$; $p < 0,05$).

Discussão

Os objetivos deste estudo foram estudar as propriedades psicométricas do SWBQ, verificar qual o nível de BEE, analisar a intensidade dos sintomas depressivos e ansiosos, estudar se existe algum efeito das variáveis sociodemográficas sobre o BEE, e verificar se o BEE se correlaciona com os sintomas depressivos e ansiosos em idosos institucionalizados.

A análise fatorial mostrou que o modelo a quatro fatores determinado por Gouveia et al. (2009), não é adequado nesta população, evidenciando um modelo a três fatores. Estes resultados não vão ao encontro de estudos anteriores. No entanto, o estudo de Gouveia et al. (2009) foi

realizado com uma amostra de população adulta da comunidade e, no presente estudo, a amostra é constituída por idosos institucionalizados. Ora, de acordo com a autora da escala, esta parece não ser suficientemente válida para a população idosa portuguesa (Gouveia, comunicação pessoal, 13 de dezembro, 2016).

No total do QBEE, a média foi de 58,78. Num estudo com 122 idosos africanos, a média foi superior (87,46) (Bester et al., 2016), podendo significar que a institucionalização e a cultura terão um papel importante nestes valores. É de salientar que no nosso estudo foram excluídos cinco itens (um da subescala *comunitária* e quatro da subescala *pessoal*), mas, tendo em conta esta exclusão, a média do nosso estudo continua a ser inferior. A exclusão destes itens resultou da análise fatorial com uma amostra limitada. Logo, estes valores devem ser interpretados com cautela. Na subescala *comunitário-pessoal*, a média foi de 20,86. Quanto a esta subescala não existem dados na literatura, pelo que se exigem, mais uma vez estudos de replicação para potencial generalização. Na subescala *ambiental*, a média foi de 21,36. No estudo anteriormente referido com idosos africanos, a média foi semelhante com igual número de itens (21,73) (Bester et al., 2016), podendo significar uma transversalidade cultural desta dimensão. Por último, na subescala *transcendental*, a média foi de 22,04. Nesse mesmo estudo com idosos africanos, a média foi também semelhante à do nosso estudo, também com igual número de itens (23,33) (Bester et al., 2016), podendo daqui retirar-se a mesma interpretação.

No GDS, a média foi de 14,34. Noutro estudo do Projeto Trajetórias do Envelhecimento com idosos institucionalizados de outras instituições, a média obtida foi semelhante (14,74) (Cardoso, 2013), apesar de no nosso estudo, incluirmos idosos do distrito de Aveiro. Note-se como os valores se aproximam dos obtidos ($M_{GDS} = 12,25$) por um estudo de uma cultura um pouco diferente e de um contexto eventualmente mais relacionado com a doença (Mondrego e Ferrández, 2004; idosos espanhóis a residirem numa clínica psiquiátrica). De acordo com estes resultados, a sintomatologia depressiva dos idosos da nossa pesquisa poderá estar relacionada com a institucionalização.

No GAI, a média foi de 10,12. Também noutro estudo com idosos do Projeto Trajetórias do Envelhecimento, a média obtida foi semelhante (12,12) (Ferreira, 2011). Estes valores, por contraste, são inferiores ($M_{GAI} = 14,08$) aos obtidos no estudo português de Ribeiro, Paúl, Simões e Firmino (2011) com idosos da comunidade. O que pode justificar esta discrepância pode ser a média de idade superior (81,88 anos) dos idosos do presente estudo em comparação ao estudo de Ribeiro et al. (2011) que teve uma média de 72,3 anos de idade.

Relativamente ao efeito das variáveis sociodemográficas sobre o BEE foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nas variáveis sexo, estado civil e profissão.

O sexo feminino registou pontuações mais elevadas do que o sexo masculino no QBEE, o que vai de encontro a outros estudos (Wink e Dillon, 2002). No entanto, este resultado deve ser analisado com cautela já que 67,3% da amostra é constituída por mulheres. De acordo com Wink e Dillon (2002), os idosos preocupam-se com a espiritualidade nesta etapa do ciclo vital, tendo verificado que as mulheres se preocupam mais cedo com o desenvolvimento espiritual e que este desenvolvimento ocorre a um ritmo mais acelerado do que nos homens. Este resultado poderá dever-se à crise inerente a esta etapa como por exemplo, a perda de um ente querido (Tornstam, 1999) ou a necessidade de adotar o papel de cuidador devido a doença do cônjuge (Payne, 1994). Este resultado pode dever-se também às desigualdades de género que a mulher poderá passar no trabalho, na família e até noutras relações sociais que podem levar a mulher a experienciar a ideia de descontinuidade que está relacionada com o desenvolvimento espiritual (Atchley, 1997; Burke, 1999). As diferenças individuais da personalidade também poderão explicar este resultado, como por exemplo, um maior individualismo (Roof, 1993) e maior necessidade de independência (Atchley, 1997; Burke, 1999).

Os indivíduos sem companheiro obtiveram pontuações mais elevadas do que os indivíduos com companheiro no QBEE. Este resultado deve ser analisado com cautela já que 79,2% da amostra é constituída por indivíduos sem companheiro. Num estudo de Monteiro (2009), com uma amostra de 32 indivíduos com idades compreendidas entre os 44 e os 72 anos, o autor concluiu que os indivíduos viúvos obtiveram pontuações médias melhores do que os casados, o que parece confirmar os nossos resultados. De acordo com Büssing, Ostermann e Matthiessen (2005), enquanto que os indivíduos com companheiro se apoiam no companheiro, os indivíduos sem companheiro têm que procurar esse apoio noutra pessoa, o que poderá explicar estes resultados.

Os indivíduos que tiveram uma profissão manual obtiveram pontuações mais elevadas no QBEE do que os indivíduos que tiveram uma profissão intelectual. É de salientar que 88% da amostra é constituída por indivíduos que tiveram uma profissão manual, o que pode ter influência nos nossos resultados. O único estudo que refletiu sobre esta variável não contrastou os dois tipos de profissão prévia, mostrando que um dos preditores do bem-estar espiritual é ter uma ocupação, ou seja, se o indivíduo trabalha ou não (Marques, 2003). Assim, este é um resultado que deve ser também analisado com cuidado e não ser generalizado.

Quanto às variáveis em estudo, não se encontra relação entre o bem-estar espiritual, os sintomas depressivos e os sintomas ansiosos. No entanto, alguns estudos com adolescentes e adultos sobre a espiritualidade mostraram que esta se correlacionou significativamente com a saúde mental (Wong, Rew e Slaikeu, 2006), o que poderá estar relacionado com as diferentes

populações analisadas. Em contraste, um estudo de Brito (2014) com adultos e idosos, concluiu que o bem-estar espiritual apresenta pouca "influência explicativa" relativamente à sintomatologia psicopatológica. Este autor defendeu que as crenças e práticas espirituais tanto podem funcionar como estratégias de *coping* no *stress* como podem trazer sentimentos de culpa e medo (Brito, 2014).

Especificando a relação entre o bem-estar espiritual e os sintomas depressivos, os nossos resultados não vão ao encontro das conclusões de outros estudos. No entanto, de acordo com Koenig (2010), os estudos que relatam existir relação entre a espiritualidade e a depressão debruçaram-se sobre a população jovem e adulta. Segundo Hadzic (2011), essa relação pode ser explicada por a espiritualidade poder induzir sentimentos negativos como sentimentos de culpa, dúvida e depressão. Acrescente-se que os efeitos da espiritualidade sobre a depressão parecem ser especialmente fortes nas populações mais stressadas (Koenig, 2010). Como o nosso estudo ocorreu com idosos institucionalizados, pode acontecer que muitos deles podem já ter-se adaptado à institucionalização e não sentir sintomas depressivos recorrentes face à mesma. No entanto, até que os nossos resultados sejam replicados noutras amostras de idosos, a ausência de relação verificada não poderá ser generalizada.

Relativamente à relação entre o bem-estar espiritual e os sintomas ansiosos, os nossos resultados vão ao encontro das conclusões de outros estudos. Num estudo de Brito (2014) com adultos e idosos, com uma amostra de 320 sujeitos, o bem-estar espiritual teve uma associação fraca com a ansiedade. Segundo este autor, as crenças relacionadas com "espíritos malignos" ou represálias por parte do divino parecem provocar ansiedade e vulnerabilidade (Brito, 2014). De acordo com outro autor, as crenças e práticas espirituais podem, por um lado, induzir a culpa e o medo e, por outro lado, proporcionar conforto aos indivíduos que têm medo, aumentando a autoconfiança (Koenig, 2010). O autor acrescenta que alguns tipos de *coping* espiritual podem reduzir a ansiedade, mas também podem piorá-la (Koenig, 2010). Esta contradição pode estar na base da ausência de correlação observada no nosso estudo.

Adicionalmente, os resultados deste estudo apontam para uma relação entre o SWBQ, o sexo, o estado civil e a profissão. O BEE parece relacionar-se com o sexo, na medida em que as mulheres parecem ter maior abertura para o desenvolvimento espiritual do que os homens (Wink et al., 2002). Esta diferença entre os sexos poderá ser explicada por questões relacionadas com a personalidade. O BEE parece ser também maior nos indivíduos sem companheiro já que estes têm necessidade de procurar apoio noutras pessoas visto não terem companheiro (Büssing et al., 2005). Quanto à relação entre o BEE e a profissão, parece que quem trabalha terá maior BEE (Marques, 2003).

Este estudo aponta também para a relação entre a subescala comunitário-pessoal e os anos de estudo. Como anteriormente referido, não existem dados na literatura acerca desta subescala, já que esta resultou da análise fatorial realizada no nosso estudo. Ainda assim, de acordo com Marques (2003) numa pesquisa com adultos, o nível educacional foi considerado um dos preditores do BEE. Este autor defende que as pessoas com maiores níveis académicos terão maior BEE.

Os resultados deste estudo apontam para a relação entre a subescala transcendental e o sexo, os anos de estudo e a profissão. A subescala transcendental diz respeito à relação do próprio com algo ou alguém que vai para além do humano (Gouveia et al., 2009). A relação entre esta subescala e o sexo poderá dever-se por exemplo, ao maior desenvolvimento da religiosidade e espiritualidade presente nas mulheres (Wink e Dillon, 2002). Dada a inexistência de estudos com estas dimensões, impõe-se a replicação desta análise com outra amostra.

Além dos resultados referentes aos objetivos do estudo, obtivemos outros resultados.

Quanto à influência das variáveis sociodemográficas, verificámos que quanto à idade, existem diferenças estatisticamente significativas no Inventário de Ansiedade Geriátrico. Os *velhos-velhos* obtiveram pontuações mais elevadas do que os novos velhos, o que vai de encontro a outros estudos. Um estudo concluiu que com a idade os sintomas ansiosos diminuem, no entanto, esse estudo foi realizado com indivíduos entre os 18 e os 79 anos de idade (Henderson, Jorm, Korten, Jacomb, Christensen e Rodgers, 1998).

No Inventário de Ansiedade Geriátrico, o sexo feminino obteve pontuações mais elevadas do que o sexo masculino. Os nossos resultados vão de encontro a outros estudos. Num estudo de idosos institucionalizados de Coimbra, os autores obtiveram os mesmos resultados (Daniel, Vicente, Guadalupe, Silva e Espírito-Santo, 2015). As diferenças existentes podem advir de questões relacionadas com a personalidade, assim como, das relações interpessoais frágeis e da falta de suporte social do sexo feminino (Rabasquinho e Pereira, 2007).

O presente estudo mostra existir relação entre os sintomas ansiosos e depressivos nos idosos institucionalizados. Num estudo de 2006 realizado com três grupos de idosos sobre a depressão e a ansiedade, os autores concluíram que há uma relação estatisticamente significativa entre a ansiedade e a depressão nos idosos sendo que os idosos institucionalizados apresentaram maiores níveis de sintomatologia ansiosa e depressiva (Oliveira et al., 2006), o que apoia os resultados do presente estudo. De acordo com Oliveira et al. (2006), os idosos institucionalizados não têm uma visão positiva em relação à sua vida. Estes idosos sentem abandono e instabilidade relativamente ao seu futuro, o que potencia o aparecimento de sintomas ansiosos (Oliveira et al., 2006). De acordo com Baldacchino e Bonello (2013) alguns

dos fatores que podem contribuir para a sintomatologia depressiva e ansiosa são as habilidades físicas, a adaptação à institucionalização e as perspectivas pessoais do futuro.

É de salientar a existência de algumas limitações no nosso estudo. Uma das limitações é a quantidade reduzida de estudos e ausência de consenso acerca da relação entre o bem-estar espiritual, os sintomas ansiosos e os sintomas depressivos, mas principalmente, a relação destas variáveis na população idosa e institucionalizada.

Os resultados anteriormente mencionados devem ser interpretados com cautela. Assim, seria importante replicar este estudo.

Para uma investigação futura seria importante estudar o bem-estar espiritual nos idosos institucionalizados e qual o seu impacto nesta população principalmente tendo em conta as religiões existentes, já que os estudos nesta população relativamente ao bem-estar espiritual são escassos. Seria importante compreender a relação do bem-estar espiritual com outras variáveis como a felicidade, a satisfação com a vida, a qualidade de vida e o bem-estar subjetivo nos idosos institucionalizados. Uma amostra com uma dimensão maior e com outro tipo de características seria também uma mais valia para compreender melhor o papel do bem-estar espiritual na velhice.

Conclusão

Em resumo, no presente estudo parece depreender-se que o bem-estar espiritual apresenta fraca expressão em idosos institucionalizados.

Concluiu-se ainda que o bem-estar espiritual não se correlaciona com os sintomas depressivos e ansiosos nos idosos institucionalizados. Assim sendo, já que as variáveis não se relacionam não parece fazer sentido a intervenção terapêutica nos sintomas depressivos e ansiosos com o objetivo de melhorar o bem-estar espiritual ou vice-versa em idosos institucionalizados.

Referências Bibliográficas

- Ando, M., Morita, T., Miyashita, M., Sanjo, M., Kira, H. e Shima, Y. (2010). Effects of bereavement life review on spiritual well-being and depression. *Journal of Pain and Symptom Management*, 40(3), 453-459. doi:10.1016/j.jpainsymman.2009.12.028
- Atchley, R. C. (1997). Everyday mysticism: Spiritual development in later adulthood. *Journal of Adult Development*, 4(2), 123-134. doi:10.1007/bf02510085
- Baldacchino, D. R. e Bonello, L. (2013). Anxiety and depression in care homes in Malta and Australia: part 2. *British Journal of Nursing*, 22(13), 780-785. doi:10.12968/bjon.2013.22.13.78

- Barreto, J., Leuschner, A., Santos, F. e Sobral, M. (2003). *Escala de depressão geriátrica*. Lisboa: Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demências.
- Bashir, N., Shafi, H., Yousuf, U., Parveen, S. e Akhter, K. (2016). Spiritual well-being and depression among middle Aged People. *The International Journal of Indian Psychology*, 3(2), 36-41.
- Beekman, A. T. F., Bremmer, M. A., Deeg, D. J. H., van Balkom, A. J. L. M., Smit, J. H., de Beurs, E., ... van Tilburg, W. (1998). Anxiety disorders in later life: A report from the longitudinal aging study Amsterdam. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 13(10), 717-726. doi:10.1002/(SICI)1099-1166(199810)13:10<717::AID-GPS857>3.0.CO;2-M
- Bester, E., Naidoo, P. e Botha, A. (2016). The role of mindfulness in the relationship between life satisfaction and spiritual wellbeing amongst the elderly. *Social Work*, 52(2), 245-266. doi:10.15270/52-2-503
- Brito, I. N. (2014). *Relação entre o bem-estar espiritual e sintomas psicopatológicos na população adulta portuguesa* [Dissertação de mestrado]. Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida, Lisboa. Acedido em <http://hdl.handle.net/10400.12/3646>
- Burke, P. C. (1999). Spirituality: A continually evolving component in women's identity development. Em L. E. Thomas e S. A. Eisenhandler (Eds.), *Religion, belief, and spirituality in late life* (pp. 113-136). New York: Springer.
- Büssing, A., Ostermann, T. e Matthiessen, P. F. (2005). The role of religion and spirituality in medical patients in Germany. *Journal of Religion and Health*, 44(3), 321-340. doi:10.1007/s10943-005-5468-8
- Cardão, S. (2009). *O idoso institucionalizado* (1.^a ed.). Lisboa: Coisas de Ler.
- Cardoso, D. C. M. (2013). *Sono, depressão e afetividade em idosos institucionalizados* [Dissertação de mestrado]. Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra. Obtido em <http://repositorio.ismt.pt/handle/123456789/381>
- Chao, S.-Y., Lan, Y.-H., Tso, H.-C., Chung, C.-M., Neim, Y.-M. e Clark, M. J. (2008). Predictors of psychosocial adaptation among elderly residents in long-term care settings. *The Journal of Nursing Research*, 16(2), 149-159. doi:10.1097/01.JNR.0000387300.22172.c6
- Clarke, P. B., Giordano, A. L., Cashwell, C. S. e Lewis, T. F. (2013). The straight path to healing: Using motivational interviewing to address spiritual bypass. *Journal of Counseling & Development*, 91(1), 87-94. doi:10.1002/j.1556-6676.2013.00075.x

- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2.^a ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Daniel, F., Vicente, H., Guadalupe, S., Silva, A. e Espírito Santo, H. (2015). Propriedades psicométricas da versão portuguesa do Inventário de Ansiedade Geriátrica numa amostra de utentes de estruturas residenciais para idosos. *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social*, 1(2), 31-45. doi: 10.7342/ismt.rpics.2015.1.2.22
- Dhara, R. D. e Jogsan, Y. A. (2013). Depression and psychological well-being in old age. *Journal of Psychology & Psychotherapy*, 3(3), 117-120. doi:10.4172/2161-0487.1000117
- Elham, H., Hazrati, M., Momennasab, M. e Sareh, K. (2015). The effect of need-based spiritual/religious intervention on spiritual well-being and anxiety of elderly people. *Holistic Nursing Practice*, 29(3), 136-143. doi:10.1097/hnp.0000000000000083
- Espírito Santo, H. e Daniel, F. (2010). *Inventário de Ansiedade Geriátrica* [Instrumento de avaliação] [Geriatric Anxiety Inventory]. Instrumento não publicado. Coimbra: Instituto Superior Miguel Torga.
- Espírito Santo, H. e Daniel, F. (Coords.) (2016). *Manual de Gerontologia - Perspetivas teóricas, empíricas e clínicas das Trajetórias do Envelhecimento*. Manuscrito submetido para publicação.
- Ferreira, F. S. L. (2011). *Fatores sociodemográficos relacionados com declínio cognitivo e ansiedade em idosos* [Dissertação de mestrado]. Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra.
- Gomez, R. e Fisher, J. W. (2003). Domains of spiritual well-being and development and validation of the spiritual well-being questionnaire. *Personality and Individual Differences*, 35(8), 1975-1991. doi:10.1016/s0191-8869(03)00045-x
- Gouveia, M. J., Marques, M. e Pais-Ribeiro, J. L. (2009). Versão portuguesa do questionário de bem-estar espiritual (SWBQ): Análise confirmatória da sua estrutura factorial. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 10(2), 285-293.
- Hadzic, M. (2011). Spirituality and mental health: Current research and future directions. *Journal of Spirituality in Mental Health*, 13(4), 223-235. doi:10.1080/19349637.2011.616080
- Henderson, A. S., Jorm, A. F., Korten, A. E., Jacomb, P., Christensen, H. e Rodgers, B. (1998). Symptoms of depression and anxiety during adult life: Evidence for a decline in prevalence with age. *Psychological Medicine*, 28(6), 1321-1328. doi:10.1017/s0033291798007570
- Kimura, T., Sakuma, T., Isaka, H., Uchida, S. e Yamaoka, K. (2016). Depressive symptoms

- and spiritual wellbeing in Japanese university students. *International Journal of Culture and Mental Health*, 9(1), 14-30. doi:10.1080/17542863.2015.1074261
- Koenig, H. G. (2010). Spirituality and mental health. *International Journal of Applied Psychoanalytic Studies*, 7(2), 116-122. doi:10.1002/aps.239
- Lou, V. W. Q. (2015). *Spiritual well-being of Chinese older adults: Conceptualization, measurement and intervention*. (1.^a ed.). Heidelberg: Springer. doi: 10.1007/978-3-662-46303-1
- Mangia, P. G. (2015). *Estudo transcultural de validade do Shalom, um instrumento de bem-estar espiritual* [Dissertação de mestrado]. Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida, Lisboa. Acedido em <http://hdl.handle.net/10400.12/4536>
- Marcoen, A. (1994). Spirituality and personal well-being in old age. *Ageing and Society*, 14(4), 521-536. doi:10.1017/S0144686X00001896
- Marôco, J. (2014). *Análise estatística com o SPSS statistics* (6.^a ed.). Pêro Pinheiro: ReportNumber.
- Marques, L. F. (2003). A saúde e o bem-estar espiritual em adultos porto-alegrenses. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 23(2), 56-65. doi:10.1590/S1414-98932003000200009
- McClain, C. S., Rosenfeld, B. e Breitbart, W. (2003). Effect of spiritual well-being on end-of-life despair in terminally ill cancer patients. *The Lancet*, 361(9369), 1603-1607. doi:10.1016/S0140-6736(03)13310-7
- Mehta, K. M., Simonsick, E. M., Penninx, B. W. J. H., Schulz, R., Rubin, S. M., Satterfield, S. e Yaffe, K. (2003). Prevalence and correlates of anxiety symptoms in well-functioning older adults: Findings from the health aging and body composition study. *Journal of the American Geriatric Society*, 51(4), 499-504. doi:10.1046/j.1532-5415.2003.51158.x
- Meraviglia, M. G. (1999). Critical analysis of spirituality and its empirical indicators: Prayer and meaning in life. *Journal of Holistic Nursing*, 17(1), 18-33. doi:10.1177/089801019901700103
- Mondrego, P. J. e Ferrández, J. (2004). Depression in patients with mild cognitive impairment increases the risk of developing dementia of alzheimer type. *Archives of Neurology*, 61(8), 1290-1293. doi:10.1001/archneur.61.8.1290
- Monteiro, M. R. (2009). *Correlatos de bem-estar espiritual de indivíduos em reabilitação cardíaca pós-enfarte agudo do miocárdio* [Dissertação de mestrado]. Universidade Fernando Pessoa, Porto. Obtido em <http://hdl.handle.net/10284/1216>
- Murphy, K. R. e Davidshofer, C. O. (2004). *Psychological testing: Principles and applications* (6.^a ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

- Nelson, J. M. (2009). *Psychology, religion, and spirituality* (1.^a ed.). New York: Springer-Verlag.
- Oliveira, K. L., Santos, A. A. A., Cruvinel, M. e Néri, A. L. (2006). Relação entre ansiedade, depressão e desesperança entre grupos de idosos. *Psicologia em Estudo*, 11(2), 351-359. doi:10.1590/S1413-73722006000200014
- Pachana, N. A., Byrne, G. J., Siddle, H., Koloski, N., Harley, E. e Arnold, E. (2007). Development and validation of the Geriatric Anxiety Inventory. *International Psychogeriatrics*, 19(1), 103-114. doi:10.1017/S1041610206003504
- Paradela, E. M. P., Lourenço, R. A. e Veras, R. P. (2005). Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. *Revista de Saúde Pública*, 39(6), 918-923. doi:10.1590/S0034-89102005000600008
- Payne, B. P. (1994). Faith development of older men. Em E. H. Thompson (Ed.), *Older men's lives* (pp. 85-103). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Pearson, L. C. e Hall, B. W. (1993). Initial construct validation of the Teaching Autonomy Scale. *Journal of Educational Research*, 86(3), 172-178. doi: 10.1080/00220671.1993.9941155
- Pereira, D. M. S. (2013). *Perspetivas de morte e bem-estar espiritual em profissionais de saúde que cuidam de doentes terminais* [Dissertação de mestrado]. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto. Obtido em <http://hdl.handle.net/10216/73460>
- Piderman, K. M., Lapid, M. I., Stevens, S. R., Ryan, S. M., Somers, K. J., Kronberg, M. T., ... Rummans, T. A. (2011). Spiritual well-being and spiritual practices in elderly depressed psychiatric inpatients. *Journal of Pastoral Care & Counseling*, 65(1-2), 1-11. doi:10.1177/154230501106500103
- Rabasquinho, C. e Pereira, H. (2007). Género e saúde mental: Uma abordagem epidemiológica. *Análise Psicológica*, 25(3), 439-454. doi:10.14417/ap.456
- Ribeiro, O., Paúl, C., Simões, M. R. e Firmino, H. (2011). Portuguese version of the Geriatric Anxiety Inventory: Transcultural adaptation and psychometric validation. *Aging & Mental Health*, 15(6), 742-748. doi:10.1080/13607863.2011.562177
- Saleem, R. e Khan, S. A. (2015). Impact of spirituality on well-being among old age people. *The International Journal of Indian Psychology*, 2(3), 172-181.
- Schneider, R. H. e Irigaray, T. Q. (2008). O envelhecimento na atualidade: Aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 25(4), 585-593. doi:10.1590/S0103-166X2008000400013
- Singh, D. e Kedare, J. (2014). A study of depression in medically ill elderly patients with respect to coping strategies and spirituality as a way of coping. *Journal of Geriatric*

- Mental Health*, 1(2), 83-89. doi:10.4103/2348-9995.152427
- Soriano, C. A. F., Sarmiento, W. D., Songco, F. J. F., Macindo, J. R. B. e Conde A. R. (2016). Socio-demographics, spirituality, and quality of life among community-dwelling and institutionalized older adults: A structural equation model. *Archives of Gerontology and Geriatric*, 66(1), 176-182. doi:10.1016/j.archger.2016.05.011
- Therrien, Z. e Hunsley, J. (2012). Assessment of anxiety in older adults: A systematic review of commonly used measures. *Aging & Mental Health*, 16(1), 1-16. doi: 10.1080/13607863.2011.602960
- Tomaz, M. B. (2012). *Relação entre a afetividade, depressão e ansiedade com a memória a curto prazo no idoso*. Dissertação de mestrado não publicada, Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra. Obtido em <http://repositorio.ismt.pt/handle/123456789/455>
- Tornstam, L. (1999). Late-life transcendence: A new developmental perspective on aging . Em L. E. Thomas e S. A. Eisenhandler (Eds.), *Religion, belief, and spirituality in late life*. (pp. 178-202). New York: Springer.
- Velasco-Gonzalez, L. e Rioux, L. (2014). The spiritual well-being of elderly people: A study of a French sample. *Journal of Religion and Health*, 53(4), 1123-1137. doi:10.1007/s10943-013-9710-5
- Venkatesan, S. e Ravindranath, A. (2011). Depression in institutionalised and non-institutionalized elderly. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*, 37(1), 53-59.
- Vitorino, L. M. e Vianna, L. A. C. (2010). Coping religioso/espiritual de idosos institucionalizados. *Acta Paulista de Enfermagem*, 25(1), 136-142. doi:10.1590/S0103-21002012000800021
- Volcan, S. M. A., Sousa, P. L. R., Mari, J. J. e Horta, B. L. (2003). Relação entre bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores: Estudo transversal. *Revista de Saúde Pública*, 37(4), 440-445. doi:10.1590/S0034-89102003000400008
- Watkins, M. W. (2000). Monte Carlo PCA for parallel analysis [Programa Informático]. State College, PA: Ed & Psych Associates.
- Westgate, C. E. (1996). Spiritual wellness and depression. *Journal of Counseling & Development*, 75(1), 26-35. doi:10.1002/j.1556-6676.1996.tb02311.x
- Wink, P. e Dillon, M. (2002). Spiritual development across the adult life course: Findings from a longitudinal study. *Journal of Adult Development*, 9(1), 79-94. doi:1068-0667/02/0100-0079/0
- Wong, Y. J., Rew, L. e Slaikeu, K. D. (2006). A systematic review of recent research on adolescent religiosity/spirituality and mental health. *Issues in Mental Health Nursing*, 27(2), 161-183. doi:10.1080/01612840500436941
- Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M. e Leirer, V. O. (1983).

Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17(1), 37-49. doi:10.1016/0022-3956(82)90033-4

Yonker, J. E., Schnabelrauch, C. A. e DeHaan, L. G. (2012). The relationship between spirituality and religiosity on psychological outcomes in adolescents and emerging adults: A meta-analytic review. *Journal of Adolescence*, 35(2), 299-314. doi: 10.1016/j.adolescence.2011.08.010